PAGINA 1



CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO		CONTINUATIVO			DEFIN	TIVO		RIAMMISSI	ONE IN TEMPORANEA
Nato a (Comune) Residente a (Comur Indirizzo (via, piazza					Nome	Prov.	GG CAP		Sesso M/F AAAA Nazionalità N. civico
Codice ISTAT	Cod	lice ASL C	odice Fiscal	e					
RISERVATO Datore di lavo Cognome e nome o		CURATO GG MM	/	AAAA					
Indirizzo (via, piazza		Dipendente						Prov.	N. civico
Settore Lavora Descrizione attivi	ativo: Ati	Agricoltura 🗆 Indu	ustria	☐ Artigia		□ Pubb	olica Amminis	strazione 🗆 S	Servizi o Terziario Altro
dal	al	rizione sintetica delle attiv Datore di lavoro	ita lavorati		Comune		Settor	e Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione
Quando è stata p Primo giorno di e	osta per la prima v	olta la diagnosi della mala astensione dal lavoro a ca	ttia in esar	Gne?	same	MM / GG /	AAAA / MM	AAAA	
Il sottoscritto fo dalla normativa		dati ai fini dell'accesso	alle presi	tazioni eco	nomiche e	sanitarie	connesse al	risconoscimento d	di malattia professionale, previste
DIAGNOGI									
dal giorno	GG MM						oro al fine di ve	GG	mansione ai sensi del D.Lgs. n. 106/2009



ASSICURATO:

COGNO	DME														NOME									
ANAMN POSTUN					TIE PF	REGRE	ESSE C	ONGENI	TE O A	ACQUIS	SITE RI	FERITI	O CON	NSTAT	ATI, con	partico	lare rife	erimen	nto alla	patolog	ia in e	same	SI	NO
Quali																								
																								\dashv
☐ Invali	do civile			Pensior	nato IN	PS		☐ Altro																
ACCERT	TAMENT	TI GIÀ P	RATICA	ιΤΙ																				
ANAMNI	ESI PAT	OLOGI	CA PRO	SSIMA																				
ESAME	OBIETT	IVO CC	N PART	COLA	RE RIF	ERIM	ENTO A	LLA MA	LATTI	A IN ES	SAME													
DIAGNO	SI																							
PRESCE	RIZIONI																							_
CURA A	DOTTA	та [SI NO																					
Quale?																								
ESAMI S	SPECIAL	ISTICI																						
ALTRO																								$\overline{}$
Si presu	me inval	idità pe	rmanent	e s	I NO		Progno	si riserva	ata 🗆] Perico	olo di vi	ita												
☐ Ricov														□ Ca	so morta	ale [Dispo	osta au	utopsia	a 🗆 N	essun	a delle į	oreceo	denti
OSSER	VAZION	IDELN	IEDICO																					
Luogo															Data di	rilascio		GG]/[MM]/[A	AAA	
Codi	ce Medico	o del Pr	esidio Sa	nitario	٦																			
Ш											Timbro	o e Firr	na del l	Medico										

PAGINA 1



CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO	☐ CONTINUATIVO	□ DEFINITIVO	☐ RIAMMISSIC	ONE IN TEMPORANEA
Cognome		Nome		Sesso M/F
Nato a (Comune)		Prov.	GG MM	AAAA Nazionalità
Residente a (Comune)		Prov.	//	
Toolderine a (commind)				
Indirizzo (via, piazza, ecc.)				N. civico
Codice ISTAT	Codice ASL Codice Fiscale			
RISERVATO ALL'				
Datore di lavoro attual	e dal GG MM AAAA	\Box		
Cognome e nome o ragione soo	iale			
Indirizzo (via, piazza, ecc.)				N. civico
mainzzo (via, piazza, ecc.)				N. GWC
Comune			Prov.	7
Assicurato: Settore Lavorativo:	☐ Dipendente ☐ Autonomo ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐	Artigianato □ Pubblio	ca Amministrazione Se	ervizi o Terziario
Descrizione attività lavorati		Artigianato — I ubblic	a Amministrazione	SIVIZI O TCIZIANO LI ANIO
Datori di lavoro precedenti dal al	con descrizione sintetica delle attività lavorative/ma	ansioni svolte Comune	Settore Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione
uai ai	Datole di lavolo	Comune	Settore Lavorativo	Attività Lavorativa/iviarisione
Situazione Lavorativa/Lavo	razione/Sostanza che avrebbe determinato la mala			
Situazione Lavorativa/Lavo	azione/Sosianza che aviebbe determinato la maio	itua		
		GG MM	AAAA	
Quando è stata posta per la	a prima volta la diagnosi della malattia in esame?	GG GG	MM AAAA	
Primo giorno di eventuale d	ompleta astensione dal lavoro a causa della malat	tia in esame		
GG N	/IM AAAA			
Data /		Firma dell'assicurato		
Il sottoscritto fornisce i s	suddetti dati ai fini dell'accesso alle prestazio	ni economiche e sanitarie c	connesse al risconoscimento di	malattia professionale, previste
dalla normativa vigente				
		Firma dell'assicurato		
DIAGNOSI				
La malattia produce inabilita	à temporanea assoluta al lavoro SI NO			
GG	MM AAAA	GG MM	AAAA	
dal giorno /	fino a tutt	o il li c	/	
	ne di una visita medica, da parte del medico competer	nte, prima della ripresa del lavoro		-
Luogo			GG Data di rilassio	/ MM / AAAA
			Data di rilascio	

Timbro e Firma del Medico



ASSICURATO:

COGN	OME															Ν	OME										
	NESI PAT MI DI AL				TIE PF	REGRE	SSE C	ONGEN	ITE O	ACQL	JISI	TE RIF	ERITI	1 O C0	ONST	ATAT	I, con p	articola	are rif	ferime	nto all	a pato	ologia	ı in es	ame	SI	NO
Quali																											
																											_
☐ Inval	lido civile			Pensior	nato IN	PS		☐ Altro)																		
ACCER	TAMEN	ΓΙ GIÀ P	RATICA	ΙΤΙ																							
																											_
ANAMN	IESI PAT	OLOGI	CA PRO	SSIMA																							
ESAME	OBIETT		N PART	ICOL A	RF RIF	FRIME	NTO A	II A MA	I ATT	IA IN	FS/	∆ME															_
LOTTIVIL	OBILIT	10000	711 7 7 11 1	TOOLA	IXE IXII	LIXIIVIL	141071		(L/ (1 1	17 (11 4		WIL															
DIAGNO	OSI																										
PRESC	RIZIONI																										
																											_
CLIBA	ADOTTA	TA S	I NO																								
Quale?		IA C	ت ت																								
ESAMI	SPECIAL	LISTICI																									\neg
ALTRO																											
Si presu	ume inva	lidità pe	rmanent	e s	I NO	_ F	Progno	si riserv	ata	□ Per	ricol	lo di vit	а														
☐ Rico	vero osp	edaliero	presso													Caso	mortale	e 🗆	Disp	osta a	utops	ia [] Ne	ssuna	delle	oreced	lenti
OSSER	VAZION	I DEL N	IEDICO																								\neg
																											-
Luogo																				GG		М	М		A	AAA	
																D	ata di ril	ascio]/			/[
Cod	lice Medico	o o del Pi	esidio Sa	nitario																							
					_							Timbro	e Firr	ma de	l Med	ico											



CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

☐ PRIMO		CONTINUATIVO	☐ DEFINITIVO	☐ RIAMMISSI	ONE IN TEMPORANEA
Cognome Nato a (Comune)			Nome Prov.	GG MM	Sesso M/F AAAA Nazionalità
Residente a (Comur Indirizzo (via, piazza			Prov.	CAP	N. civico
Codice ISTAT	Cod	dice ASL Codice Fisca	ale		
	O ALL'ASSIC		AAAA		
Cognome e nome o					
Indirizzo (via, piazza	, ecc.)			Prov.	N. civico
Assicurato:		Dipendente □ Autonomo			
Descrizione attivit	ativo: À lavorativa attuale	Agricoltura	☐ Artigianato ☐ Pubb	lica Amministrazione ☐ S	Servizi o Terziario
Datori di lavoro pi	recedenti con desc al	crizione sintetica delle attività lavorat Datore di lavoro	ive/mansioni svolte Comune	Settore Lavorativo	Attività Lavorativa/Mansione
Situazione Lavora	ativa/Lavorazione/S	Sostanza che avrebbe determinato I	a malattia		
		rolta la diagnosi della malattia in esa astensione dal lavoro a causa della	GG G	AAAA AAAA AAAA	
Data GG	/ <u></u>	AAAA	Firma dell'assicurato		
Il sottoscritto fo dalla normativa		dati ai fini dell'accesso alle pres			di malattia professionale, previste
DIAGNOSI			Firma dell'assicurato		
DIAGNOSI					
dal giorno	GG MM		a tutto il GG MM mpetente, prima della ripresa del lavo	AAAA oro al fine di verificare l'idoneità alla r	mansione ai sensi del D.Lgs. n. 106/2009
			Timbro e Firma del Me	Data di rilascio	/ /

Copia C - per il Datore di lavoro - TIP. INAIL - 12/2009

PAGINA 1

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DENOMINAZIONE Certificazione Medica di Malattia Professionale

NUMERO Mod. 5 SS

(identifica il modulo)

DESCRIZIONE

Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di malattia professionale da inviare all'INAIL e al datore di lavoro.

Il certificato è composto di due pagine.

La pag. 1 è predisposta in tre copie:

- Copia A per l'INAIL;
- Copia B per l'Assicurato:
- Copia C per il datore di lavoro.

Essa contiene:

- dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, anamnesi lavorativa, richiesta di accesso alle prestazioni economiche e sanitarie sottoscritti dall'assicurato;
- prognosi sottoscritta dal medico certificatore.

La pag. 2 è predisposta in due copie:

- Copia A per l'INAIL;
- Copia B per l'Assicurato;

Essa contiene:

 dati sensibili riferiti allo stato di salute del soggetto per i quali si applicano le disposizioni legislative in tema di "privacy".

A COSA SERVE

a certificare la sussistenza di una malattia di sospetta origine professionale.

QUANDO SI USA?

quando un medico rileva una malattia associata o meno ad uno stato di inabilità temporanea al lavoro per la quale sospetta un'origine professionale.

NOTE

Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.